

Notice
Of Privacy
Practices

Aviso De
Normas
Sobre La
Vida Privada

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

THIS NOTICE IS IN EFFECT APRIL 14, 2003.

WHAT IS THIS NOTICE?

This Notice tells you:

- How AMERIGROUP Community Care handles your protected health information.
- How AMERIGROUP Community Care uses and gives out your protected health information.
- Your rights about your protected health information.
- AMERIGROUP Community Care's responsibilities in protecting your protected health information.

This Notice follows what is known as the "HIPAA Privacy Regulations." These regulations were given out by the federal government. The federal government requires companies such as AMERIGROUP Community Care to follow the terms of the regulations and of this Notice.

This Notice is also available on AMERIGROUP Community Care's web site at www.amerigroupcorp.com.

NOTE: You may also get a Notice of Privacy Practices from the State and other organizations.

WHAT IS PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)?

Protected health information (PHI) - The HIPAA Privacy Regulations define protected health information as:

- Information that identifies you or can be used to identify you.
- Information that either comes from you or has been created or received by a health care provider, a health plan, your employer or a health care clearinghouse.
- Information that has to do with your physical or mental health or condition, providing health care to you, or paying for providing health care to you.

In this Notice, "protected health information" will be written as PHI.

WHAT ARE AMERIGROUP COMMUNITY CARE'S RESPONSIBILITIES TO YOU ABOUT YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)?

Your/your family's PHI is personal. We have rules about keeping this information private. These rules are designed to follow state and federal requirements.

AMERIGROUP Community Care must:

- Protect the privacy of the PHI that we have or keep about you.
- Provide you with this Notice about how we get and keep PHI about you.
- Follow the terms of this Notice.
- Follow state privacy laws that do not conflict with or are stricter than the HIPAA Privacy Regulations.

We will not use or give out your PHI without your authorization, except as described in this Notice.

HOW DO WE USE YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)?

The sections that follow tell some of the ways we can use and share PHI without your written authorization.

FOR PAYMENT – We may use PHI about you so that the treatment services you get may be looked at for payment. For example, a bill that your provider sends us may be paid using information that identifies you, your diagnosis, the procedures or tests, and supplies that were used.

FOR HEALTH CARE OPERATIONS – We may use PHI about you for health care operations. For example, we may use the information in your record to review the care and results in your case and other cases like it. This information will then be used to improve the quality and success of the health care you get. Another example of this is using information to help enroll you for health care coverage.

We may use PHI about you to help provide coverage for medical treatment or services. For example, information we get from a provider (nurse, doctor or other member of a health care team) will be logged and used to help decide the coverage for the treatment you need. We may also use or share your PHI to:

- Send you information about one of our disease or case management programs.
- Send reminder cards that let you know that it is time to make an appointment or get services like EPSDT or Child Health Checkup services.
- Answer a customer service request from you.
- Make decisions about claims requests and appeals for services you received.
- Look into any fraud or abuse cases and make sure required rules are followed.

OTHER USES OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

- **BUSINESS ASSOCIATES** –We may contract with “business associates” that will provide services to AMERIGROUP Community Care using your PHI. Services our business associates may provide include dental services for members, a copy service that makes copies of your record and computer software vendors. They will use your PHI to do the job we have asked them to do. The business associate must sign a contract to agree to protect the privacy of your PHI.
- **PEOPLE INVOLVED WITH YOUR CARE OR WITH PAYMENT FOR YOUR CARE** –We may make your PHI known to a family member, other relative, close friend or other personal representative that you choose. This will be based on how involved the person is in your care or payment that relates to your care. We may share information with parents or guardians, if allowed by law.
- **LAW ENFORCEMENT** - We may share PHI if law enforcement officials ask us to. We will share PHI about you as required by law or in response to subpoenas, discovery requests and other court or legal orders.
- **OTHER COVERED ENTITIES** - We may use or share your PHI to help health care providers that relate to health care treatment, payment or operations. For example, we may share your PHI with a health care provider so that the provider can treat you.
- **PUBLIC HEALTH ACTIVITIES** - We may use or share your PHI for public health activities allowed or required by law. For example, we may use or share information to help prevent or control disease, injury or disability. We also may share information with a public health authority allowed to get reports of child abuse, neglect or domestic violence.
- **HEALTH OVERSIGHT ACTIVITIES** -We may share your PHI with a health oversight agency for activities approved by law, such as audits; investigations; inspections; licensure or disciplinary actions; or civil, administrative, or criminal proceedings or actions. Oversight agencies include

government agencies that look after the health care system; benefit programs including Medicaid, SCHIP, or Healthy Kids; and other government regulation programs.

- **RESEARCH** - We may share your PHI with researchers when an institutional review board or privacy board has followed the HIPAA information requirements.
- **CORONERS, MEDICAL EXAMINERS, FUNERAL DIRECTORS AND ORGAN DONATION** - We may share your PHI to identify a deceased person, determine a cause of death, or to do other coroner or medical examiner duties allowed by law. We also may share information with funeral directors, as allowed by law. We may also share PHI with organizations that handle organ, eye or tissue donation and transplants.
- **TO PREVENT A SERIOUS THREAT TO HEALTH OR SAFETY** - We may share your PHI if we feel it is needed to prevent or reduce a serious and likely threat to the health or safety of a person or the public.
- **MILITARY ACTIVITY AND NATIONAL SECURITY** - Under certain conditions, we may share your PHI if you are, or were, in the Armed Forces. This may happen for activities believed necessary by appropriate military command authorities.
- **DISCLOSURES TO THE SECRETARY OF THE U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES** - We are required to share your PHI with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. This happens when the Secretary looks into or decides if we are in compliance with the HIPAA Privacy Regulations.

WHAT ARE YOUR RIGHTS REGARDING YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)?

We want you to know your rights about your PHI and your AMERIGROUP Community Care family members’ PHI.

RIGHT TO GET AMERIGROUP COMMUNITY CARE’S NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

We are required to send each AMERIGROUP Community Care “head of case” or “head of household” a printed copy of this Notice on or before April 14, 2003. After that, each “head of case” or “head of household” will get a printed copy of the Notice in the New Member Welcome package.

We have the right to change this Notice. Once the change happens, it will apply to PHI that we have at the time we make the change and to the PHI we had before we made the change. A new Notice that includes the changes and the dates they are in effect will be mailed to you at the address we have for you. The changes to our Notice will also be included on our web site. You may ask for a paper copy of the Notice of Privacy Practices at any time. Call Member Services toll free at 1-800-600-4441. If you are hearing impaired and want to talk to Member Services, call the toll free AT&T Relay Service at 1-800-855-2880.

RIGHT TO REQUEST A PERSONAL REPRESENTATIVE

You have the right to request a personal representative to act on your behalf, and AMERIGROUP Community Care will treat that person as if they were you.

Unless you apply restrictions, your personal representative will have full access to all of your AMERIGROUP Community Care records. If you would like someone to act as your personal representative, AMERIGROUP Community Care requires your request in writing. A personal representative form must be completed and mailed back to AMERIGROUP Community Care's Member Privacy Unit. To request a personal representative form, please contact Member Services. We will send you a form to complete. The address and phone number are at the end of this Notice.

RIGHT TO ACCESS

You have the right to look at and get a copy of your enrollment, claims, payment and case management information on file with AMERIGROUP Community Care. This file of information is called a designated record set. We will provide the first copy to you in any 12-month period without charge.

If you would like a copy of your PHI, you must send a written request to AMERIGROUP Community Care's Member Privacy Unit. The address is at the end of this Notice. We will answer your written request in 30 calendar days. We may ask for an extra 30 calendar days to process your request if needed. We will let you know if we need the extra time.

- We do not keep complete copies of your medical records. If you would like a copy of your medical record, contact your doctor or other provider. Follow the doctor's or provider's instructions to get a copy. Your doctor or other provider may charge a fee for the cost of copying and/or mailing the record.

- We have the right to keep you from having or seeing all or part of your PHI for certain reasons. For example, if the release of the information could cause harm to you or other persons. Or, if the information was gathered or created for research or as part of a civil or criminal proceeding. We will tell you the reason in writing. We will also give you information about how you can file an appeal if you do not agree with us.

RIGHT TO AMEND

You have the right to ask that information in your health record be changed if you think it is not correct.

To ask for a change, send your request in writing to AMERIGROUP Community Care's Member Privacy Unit. We can send you a form to complete. You can also call Member Services to request a form. The address and phone number are at the end of this Notice.

- State the reason why you are asking for a change.
- If the change you ask for is in your medical record, get in touch with the doctor who wrote the record. The doctor will tell you what you need to do to have the medical record changed.

We will answer your request within 30 days of when we receive it. We may ask for an extra 30 days to process your request if needed. We will let you know if we need the extra time.

We may deny the request for change. We will send you a written reason for the denial if:

- The information was not created or entered by AMERIGROUP Community Care.
- The information is not kept by AMERIGROUP Community Care.
- You are not allowed, by law, to see and copy that information.
- The information is already correct and complete.

RIGHT TO AN ACCOUNTING OF CERTAIN DISCLOSURES OF YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

You have the right to get an accounting of certain disclosures of your PHI. This is a list of times we shared your information when it was not part of payment and health care operations.

Most disclosures of your PHI by our business associates or us will be for payment or health care operations.

To ask for a list of disclosures, please send a request in writing to AMERIGROUP Community Care's Member Privacy Unit. We can send you a form to complete. For a copy of the form, contact Member Services. The address and phone number are at the end of this Notice. Your request must give a time-period that you want to know about. The time-period may not be longer than 6 years and may not include dates before April 14, 2003.

RIGHT TO REQUEST RESTRICTIONS

You have the right to ask that your PHI not be used or shared. You do not have the right to ask for limits when we share your PHI if we are asked to do so by law enforcement officials, court officials or State and Federal agencies in keeping with the law. We have the right to deny a request for restriction of your PHI.

To ask for a limit on the use of your PHI, send a written request to AMERIGROUP Community Care's Member Privacy Unit. We can send you a form to fill out. You can contact Member Services for a copy of the form. The address and phone number are at the end of this Notice. The request should include:

- The information you want to limit and why you want to restrict access.
- Whether you want to limit when the information is used, when the information is given out, or both.
- The person or persons that you want the limits to apply to.

We will look at your request and decide if we will allow or deny the request within 30 days. If we deny the request, we will send you a letter and tell you why.

RIGHT TO CANCEL A PRIVACY AUTHORIZATION FOR THE USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

We must have your written permission (authorization) to use or give out your PHI for any reason other than payment and health care operations or other uses and disclosures listed under Other Uses of Protected Health Information. If we need your authorization, we will send you an authorization form explaining the use for that information.

You can cancel your authorization at any time by following the instructions below.

Send your request in writing to AMERIGROUP Community Care's Member Privacy Unit. We can send you a form to complete. You can contact Member Services for a copy of the form. The address and phone number are at the end of this Notice. This cancellation will only apply to requests to use and share information asked for after we get your notice.

RIGHT TO REQUEST CONFIDENTIAL COMMUNICATIONS

You have the right to ask that we communicate with you about your PHI in a certain way or in a certain location. For example, you may ask that we send mail to an address that is different from your home address.

Requests to change how we communicate with you should be submitted in writing to AMERIGROUP Community Care's Member Privacy Unit. We can send you a form to complete. For a copy of the form, contact Member Services. The address and phone number are at the end of this Notice. Your request should state how and where you want us to contact you.

WHAT SHOULD YOU DO IF YOU HAVE A COMPLAINT ABOUT THE WAY THAT YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI) IS HANDLED BY AMERIGROUP COMMUNITY CARE OR OUR BUSINESS ASSOCIATES?

If you believe that your privacy rights have been violated, you may file a complaint with AMERIGROUP Community Care or with the Secretary of Health and Human Services.

To file a complaint with AMERIGROUP Community Care or to appeal a decision about your PHI, send a written request to AMERIGROUP Community Care's Member Privacy Unit or call Member Services. The address and phone number are at the end of this Notice.

To file a complaint with the Secretary of Health and Human Services, send your written request to:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
1301 Young Street - Suite 1169
Dallas, Texas 75202

You will not lose your AMERIGROUP Community Care membership or health care benefits if you file a complaint. Even if you file a complaint, you will still get health care coverage from AMERIGROUP Community Care as long as you are a member.

WHERE SHOULD YOU CALL OR SEND REQUESTS OR QUESTIONS ABOUT YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)?

You may call us toll free at: 1-800-600-4441.

Or, you may send questions or requests, such as the examples listed in this Notice, to the address below:

AMERIGROUP Community Care
Attn: Member Privacy Unit
4425 Corporation Lane
Virginia Beach, Virginia 23462

Send your request to this address so that we can process it timely. Requests sent to persons, offices or addresses other than the address listed above might be delayed.

If you are hearing impaired, you may call the toll free AT&T Relay Service at 1-800-855-2880.

AVISO DE NORMAS SOBRE LA VIDA PRIVADA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. FAVOR DE LEERLO DETENIDAMENTE.

ESTE AVISO ENTRA EN VIGOR EL 14 DE ABRIL DE 2003.

¿QUÉ TIENE ESTE AVISO?

Este aviso le informa sobre:

- Cómo maneja AMERIGROUP Community Care su información médica protegida.
- Cómo usa y divulga AMERIGROUP Community Care su información médica protegida.
- Sus derechos en cuanto a su información médica protegida.
- La responsabilidad de AMERIGROUP Community Care para proteger su información médica protegida.

Este aviso sigue las regulaciones conocidas como las “Regulaciones HIPAA sobre la Vida Privada”. Estas regulaciones fueron expedidas por el gobierno federal. El gobierno federal exige que las compañías como AMERIGROUP Community Care cumplan las condiciones de las regulaciones y las de este aviso.

Este aviso también está disponible en el sitio de AMERIGROUP Community Care en la Red en www.amerigroupcorp.com.

NOTA: es posible que reciba un Aviso de normas sobre la vida privada del estado y de otras organizaciones.

¿QUÉ ES “INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA”?

Información médica protegida. Las Regulaciones HIPAA sobre la Vida Privada definen la información médica protegida como:

- Información que lo identifica a usted o que se puede usar para identificarlo.
- Información que usted da o que ha sido creada o se recibió de un proveedor de la atención médica, un plan de salud, su empleador o un centro de intercambio de información sobre la atención médica.
- Información que tiene que ver con su salud o un problema físico o mental, sobre la prestación de la atención médica o sobre el pago de la prestación de atención médica.

Para propósitos de este aviso, “información médica protegida” también se llamará “información médica”.

¿QUÉ RESPONSABILIDAD TIENE AMERIGROUP COMMUNITY CARE PARA PROTEGER SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?

La información médica protegida de usted y su familia es personal. Tenemos reglas sobre cómo mantener esta información en reserva. Estas reglas se formularon para cumplir los requisitos estatales y federales.

AMERIGROUP Community Care tiene que:

- Proteger la información médica privada que tenemos o guardamos sobre usted.
- Darle este aviso sobre cómo obtenemos y guardamos la información médica sobre usted.
- Cumplir con las condiciones de este aviso.
- Cumplir con las leyes estatales sobre la vida privada que no están en conflicto con las Regulaciones de HIPAA sobre la Vida Privada o que son más estrictas que éstas.

No usaremos ni divulgaremos su información médica sin su autorización, excepto como se describe en este aviso.

¿CÓMO USAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?

Las siguientes secciones describen algunas de las maneras en que podemos usar y divulgar la información médica sin su autorización por escrito.

PAGOS. Podemos usar su información médica para informarnos sobre los servicios de tratamiento y pagarlos. Por ejemplo, puede que se pague un cobro que su proveedor nos mandó que contiene información que lo identifique a usted, sobre su diagnóstico, los procedimientos o análisis y los artículos médicos que se usaron.

ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA. Es posible que usemos su información médica para las gestiones relacionadas con la atención médica. Por ejemplo, podemos usar la información de su expediente para revisar la atención y los resultados de su caso y de otros casos parecidos. Esta información luego se usará para mejorar la calidad y la eficacia de la atención médica que recibe. O, por ejemplo, se usa la información para ayudarle a inscribirse para tener cobertura médica.

Es posible que usemos su información médica para ayudar a darle cobertura para tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, la información que recibimos del proveedor (enfermera, doctor u otro miembro del equipo médico) se apunta y se usa para ayudar a determinar la cobertura del tratamiento que necesita. También podemos usar o divulgar su información médica para:

- Enviarle información sobre uno de nuestros programas sobre enfermedades o de administración de casos.
- Enviarle recordatorios para que sepa que es hora de programar una cita o de recibir servicios como EPSDT o chequeos médicos para niños.
- Contestar una petición de servicio al cliente que recibimos de usted.
- Tomar decisiones sobre reclamaciones y apelaciones relacionadas con los servicios que recibió.
- Investigar casos de fraude o abuso y asegurar que las reglas se cumplan.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

■ **SOCIOS.** Podemos contratar a “socios” que proporcionan servicios a AMERIGROUP Community Care usando su información médica. Nuestros contratistas pueden prestar, entre otros, servicios dentales para los miembros, servicio de duplicación para hacer copias de su expediente y servicios de programación para computadora. Ellos usarán su información médica para hacer el trabajo que le asignamos. Los socios tienen que firmar un contrato aceptando proteger su información médica privada.

■ **PERSONAS RELACIONADAS CON SU ATENCIÓN MÉDICA O CON EL PAGO DE LA ATENCIÓN.** Podemos divulgar su información médica a un miembro de la familia, otro pariente, un amigo cercano u otro representante personal de su elección. Esto se basa en qué tanta participación tiene la persona en su atención, o en el pago relacionado con su atención. Podemos divulgar información a padres o tutores, si lo permite la ley.

■ **CUMPLIMIENTO DE LA LEY.** Podemos divulgar su información médica si las autoridades policiales o judiciales nos la piden. Divulgaremos su información médica según lo exige la ley o en contestación a una citación, una petición de documento de prueba u otra orden legal o de la corte.

■ **OTRAS ENTIDADES CUBIERTAS.** Podemos usar o divulgar su información médica para ayudar a proveedores médicos con asuntos relacionados con el tratamiento, el pago o la administración de la atención. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica a un proveedor médico para que el proveedor lo pueda tratar.

■ **ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA.** Podemos usar o divulgar su información médica para actividades de salud pública permitidas o exigidas por la ley. Por ejemplo, podemos usar o divulgar información para ayudar a prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad. También podemos divulgar información a una autoridad de la salud pública que puede recibir informes sobre el maltrato o descuido de niños o la violencia familiar.

■ **ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN RELACIONADAS CON LA SALUD.** Podemos divulgar su información médica protegida a un departamento supervisor para actividades autorizadas por ley, como auditoría; investigación; inspección; expedición de licencias o acción disciplinaria; o procesos o demandas civiles, administrativos o penales. Los departamentos que hacen supervisión son, entre otros, departamentos gubernamentales que supervisan el sistema de salud; programas de beneficios como Medicaid, CHIP o Healthy Kids; y otros programas reguladores del gobierno.

■ **ESTUDIOS.** Podemos divulgar su información médica a investigadores cuando una junta institucional directiva de revisión o de asuntos relacionados con la vida privada haya cumplido los requisitos de HIPAA para tener acceso a la información.

■ **EXAMINADORES MÉDICOS, FUNCIONARIOS ENCARGADOS DE INVESTIGAR LA MUERTE, DIRECTORES DE FUNERARIA Y DONACIÓN DE ÓRGANOS.** Podemos divulgar su información médica para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de su muerte o para que el examinador médico o el funcionario encargado de investigar la muerte pueda desempeñar sus funciones permitidas por ley. También podemos divulgar información a los directores de la funeraria, según lo permita la ley. También podemos divulgar información médica a las organizaciones que coordinan la donación y transplante de órganos, ojos o tejidos.

■ **PREVENCIÓN DE UNA AMENAZA GRAVE A LA SALUD O SEGURIDAD.** Podemos divulgar su información médica si creemos que es necesario para evitar o reducir una amenaza grave y probable a la salud o seguridad de una persona o del público.

■ **ACTIVIDAD MILITAR Y SEGURIDAD NACIONAL.** Bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar su información médica si presta o prestó servicio en las fuerzas armadas. Esto puede ocurrir para actividades que las autoridades militares de mando adecuadas crean necesarias.

■ **DIVULGACIÓN A LA SECRETARÍA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE EE.UU.** Se exige que divulguemos su información médica a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Esto ocurre cuando la Secretaría hace averiguaciones o determina si estamos cumpliendo las Regulaciones HIPAA sobre la Vida Privada.

¿CUÁLES SON SUS DERECHOS EN CUANTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?

Queremos que sepa de sus derechos en cuanto a su información médica y la de los miembros de su familia en AMERIGROUP Community Care.

DERECHO DE RECIBIR EL AVISO DE NORMAS SOBRE LA VIDA PRIVADA DE AMERIGROUP COMMUNITY CARE

Para el 14 de abril de 2003, se nos exige enviar a cada "persona principal del caso" o "jefe de la unidad familiar" de AMERIGROUP Community Care una copia impresa de este aviso. Después, cada "persona principal del caso" o "jefe de la unidad familiar" recibirá una copia impresa del aviso en el Paquete de Bienvenida al Nuevo Miembro.

Tenemos el derecho de cambiar este aviso. Una vez que lo cambiemos, se aplicará a la información médica que tenemos en el momento en que hacemos el cambio y a la información médica que teníamos antes de hacer el cambio. Le enviaremos a la dirección que tenemos en nuestros expedientes un nuevo aviso con los cambios y las fechas en que entran en vigor. Los cambios en el aviso también aparecerán en nuestro sitio en la Red. Puede pedir una copia del Aviso de Normas sobre la Vida Privada en cualquier momento. Llame gratis a Servicios para Miembros al 1-800-600-4441. Si tiene problemas del oído y quiere hablar con la oficina de Servicios para Miembros, llame gratis al AT&T Relay Service al 1-800-855-2880.

DERECHO DE SOLICITAR UN REPRESENTANTE PERSONAL

Tiene el derecho de solicitar un representante personal para que actúe en su nombre, y AMERIGROUP Community Care tratará a esa persona como si fuera usted.

A menos que usted imponga límites, su representante personal tendrá acceso completo a todos sus expedientes de AMERIGROUP Community Care. Si quiere que alguien actúe como su representante personal, AMERIGROUP

Community Care exige que presente su petición por escrito. Se tiene que llenar y enviar una forma de representante personal a la Unidad de Confidencialidad de los Miembros de AMERIGROUP Community Care. Para pedir la forma de representante personal, por favor comuníquese con Servicios para Miembros. Le enviaremos la forma para llenar. La dirección y el teléfono aparecen al final de este aviso.

DERECHO AL ACCESO

Tiene el derecho de ver y obtener una copia de la información sobre la inscripción, las reclamaciones, los pagos y la administración de casos que se encuentre en los expedientes de AMERIGROUP Community Care. Esta colección de información se conoce como expedientes designados. Cada 12 meses le daremos una copia sin costo alguno para usted.

Si quiere una copia de su información médica, tiene que mandar una petición a la Unidad de Confidencialidad de los Miembros de AMERIGROUP Community Care. La dirección está al final de este aviso. Contestaremos su petición por escrito dentro de los 30 días calendarios. Es posible que pidamos otros 30 días calendarios para tramitar la petición, si es necesario. Nos comunicaremos con usted si necesitamos el tiempo adicional.

- No guardamos copias completas de sus expedientes médicos. Si quiere una copia de su expediente médico, comuníquese con su doctor u otro proveedor. Siga las instrucciones del doctor o proveedor para obtener una copia. Su doctor o proveedor puede cobrarle una tarifa para cubrir los gastos de duplicación o envío del expediente.
- Tenemos el derecho de decir que, por ciertas razones, no puede ver o tener copia de toda su información médica o una parte de ella. Por ejemplo, si divulgar la información puede causarle daño a usted o a otra persona. O, si la información se recopiló o se creó para propósitos de estudio o como parte de un proceso penal o civil. Le diremos la razón por escrito. También le daremos información sobre cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con nosotros.

DERECHO DE ENMENDAR

Tiene el derecho de pedir que la información de su expediente se cambie si cree que no está correcta.

Para pedir un cambio, mande su petición por escrito a la Unidad de Confidencialidad de los Miembros de AMERIGROUP Community Care. Podemos enviarle una forma para llenar. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedir una forma. La dirección y el teléfono aparecen al final de este aviso.

- Diga la razón por la cual pide el cambio.
- Si pide un cambio en el expediente médico, comuníquese con el doctor que apuntó la información en el expediente. El doctor le dirá lo que debe hacer para cambiar el expediente médico.

Contestaremos su petición dentro de los 30 días de la fecha en que la recibimos. Podemos pedir otros 30 días para tramitar su petición, si es necesario. Nos comunicaremos con usted si necesitamos el tiempo adicional.

Es posible que neguemos la petición del cambio. Le mandaremos la razón de la negación por escrito si:

- AMERIGROUP Community Care no creó ni anotó la información.
- AMERIGROUP Community Care no guarda ni mantiene la información.
- La ley no permite que vea ni que reciba copia de la información.
- La información ya está correcta y completa.

DERECHO DE RECIBIR UNA RELACIÓN DE CIERTAS DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Tiene el derecho de recibir una relación de ciertas divulgaciones de su información médica. La relación es una lista de las veces que divulgamos su información cuando no fue con el propósito de pago o de administración de la atención médica.

La mayoría de las divulgaciones de su información médica que hacemos nosotros y nuestros contratistas son para propósitos de pago o de administración de la atención médica.

Para pedir una lista de las divulgaciones, favor de enviar una petición por escrito a la Unidad de Confidencialidad de los Miembros de AMERIGROUP Community Care. Podemos enviarle una forma para llenar. Para recibir una copia de la forma, comuníquese con Servicios para Miembros. La dirección y el teléfono aparecen al final de este aviso. La petición debe mencionar el periodo que le interesa. El periodo no puede ser de más de 6 años y no puede incluir fechas de antes del 14 de abril de 2003.

DERECHO DE PEDIR LIMITACIONES

Tiene el derecho de pedir que no se use ni se divulgue su información médica. No tiene el derecho de pedir que limitemos la divulgación de su información médica si la piden las autoridades policiales o judiciales o los departamentos estatales y federales, según lo permita la ley. Tenemos el derecho de negar la petición de limitar el uso o la divulgación de su información médica.

Para pedir que imponamos límites sobre el uso de su información médica, mande una petición por escrito a la Unidad de Confidencialidad de los Miembros de AMERIGROUP Community Care. Podemos enviarle una forma para llenar. Puede comunicarse con Servicios para Miembros para recibir una copia de la forma. La dirección y el teléfono aparecen al final de este aviso. La petición debe mencionar:

- La información que quiere que limitemos y la razón por la cual quiere limitar el acceso.
- Si quiere que limitemos el uso de la información, cuándo la divulgamos o ambas cosas.
- La persona o personas a quienes se aplican las limitaciones.

Estudiaremos su petición y decidiremos dentro de los 30 días si la aprobamos o la negamos. Si negamos la petición, le mandaremos una carta que le dice por qué.

DERECHO DE REVOCAR LA AUTORIZACIÓN DE USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Debemos tener su permiso (autorización) por escrito para usar o divulgar su información médica para cualquier propósito que no sea pago, administración de la atención médica u otros usos y divulgaciones enumerados en la sección, Otros usos de la información médica protegida. Si necesitamos autorización, le enviaremos una forma de autorización que explica el uso de esa información.

Puede revocar su autorización en cualquier momento siguiendo las instrucciones a continuación.

Mande su petición por escrito a la Unidad de Confidencialidad de los Miembros de AMERIGROUP Community Care. Podemos enviarle una forma para llenar. Puede comunicarse con Servicios para Miembros para recibir una copia de la forma. La dirección y el teléfono aparecen al final de este aviso. Esta revocación sólo se aplica a las peticiones de usar y divulgar su información que se hacen después de recibir su aviso.

DERECHO DE PEDIR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted sobre su información médica de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, nos puede pedir que mandemos el correo a una dirección distinta de su domicilio.

La petición de cambiar la manera en que nos comunicamos con usted se debe presentar por escrito a la Unidad de Confidencialidad de los Miembros de AMERIGROUP Community Care. Podemos enviarle una forma para llenar. Para recibir una copia de la forma, comuníquese con Servicios para Miembros. La dirección y el teléfono aparecen al final de este aviso. La petición debe indicar cómo y dónde quiere que nos comuniquemos con usted.

¿QUÉ DEBE HACER SI TIENE UNA QUEJA SOBRE LA MANERA EN QUE AMERIGROUP COMMUNITY CARE O NUESTROS CONTRATISTAS MANEJAN SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?

Si cree que se ha violado su derecho a la vida privada, puede presentar una queja ante AMERIGROUP Community Care o la Secretaría de Salud y Servicios Humanos.

Para presentar una queja ante AMERIGROUP Community Care o para apelar contra una decisión relacionada con su información médica, envíe una petición por escrito a la Unidad de Confidencialidad de los Miembros de AMERIGROUP Community Care o llame a Servicios para Miembros. La dirección y el teléfono aparecen al final de este aviso.

Para presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos, envíe su petición por escrito a:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
1301 Young Street - Suite 1169
Dallas, Texas 75202

No perderá su inscripción como Miembro de AMERIGROUP Community Care ni sus beneficios de atención médica por haber presentado una queja. Aun si presenta una queja, continuará recibiendo cobertura de atención médica de AMERIGROUP Community Care mientras sea Miembro.

¿DÓNDE DEBE LLAMAR O ENVIAR PETICIONES O PREGUNTAS RELACIONADAS CON SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA?

Puede llamarnos gratis al: 1-800-600-4441.

O puede enviar sus preguntas o peticiones, como las que se encuentran en este aviso, a la dirección a continuación:

AMERIGROUP Community Care
Attn: Member Privacy Unit
4425 Corporation Lane
Virginia Beach, Virginia 23462

Envíe sus peticiones a esta dirección para que las podamos tramitar pronto. La tramitación de peticiones que se envían a personas, oficinas o direcciones distintas de la que aparece antes se puede tardar.

Si tiene problemas del oído, puede llamar gratis al AT&T Relay Service al 1-800-855-2880.